

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Juin 1901, à 1 heure

PAR

Jacques VAILLANT

Né à Londres (Angleterre) le 16 mars 1875

DE LA HERNIE

Inguino-Superficielle

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

ALBARRAN et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15 — RUE RACINE — 15

1901

OFFICE OF THE SECRETARY OF THE

THESE

THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

THE SECRETARY OF THE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Juin 1901, à 1 heure

PAR

Jacques VAILLANT

Né à Londres (Angleterre) le 16 mars 1875

DE LA HERNIE

Inguino-Superficielle

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

ALBARRAN et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

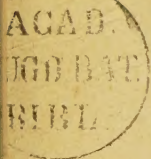
PARIS

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15 — RUE RACINE — 15

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	BERGER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	JACCOUD
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	GRANCHER
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	JOFFROY
dies de l'encéphale.....	FOURNIER
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux..	TERRIER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉ	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILLEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

104

À MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

A qui nous offrons ici l'hommage respectueux de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Introduction

Arrivé au terme de nos études, nous nous faisons un devoir d'adresser à nos maîtres, à ceux qui ont dirigé et soutenu nos efforts, qui nous ont fait profiter de leur enseignement, qui nous ont aidé de leurs conseils, qui nous ont donné leur amitié, l'expression de notre profonde gratitude, de notre respectueuse reconnaissance.

Que Monsieur le Docteur *Barié*, médecin de l'hôpital Laennec reçoive ici nos remerciements sincères pour l'enseignement si clair qu'il nous donna au seuil de nos études.

Nous avons été trop peu de temps l'externe de Monsieur le Professeur *Fournier*, médecin de l'hôpital Saint-Louis, de Monsieur le Professeur agrégé *Gaucher*, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et de Monsieur le Docteur *Guinon*, médecin des hôpitaux. Nous leur sommes reconnaissant de nous avoir admis dans leur service.

Monsieur le Professeur *Proust*, dont nous fûmes

également l'externe a une grande part de notre gratitude pour l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Deux années, nous avons été l'externe de Monsieur le Docteur *H. Toupet*, médecin de l'hospice Sainte-Périne, qui a été pour nous un maître parfait, plus même, un véritable ami. Nous lui en gardons une profonde reconnaissance.

Bien précieux également nous est le souvenir d'avoir été un an l'externe, et un an l'interne provisoire de Monsieur le Professeur agrégé *Ch. Monod*, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et de Monsieur le Docteur *J. Arrou*, chirurgien des hôpitaux. C'est sous la bienveillante direction de ces deux maîtres que nous avons appris ce que nous savons de chirurgie. Ils savent combien nous leur devons de respectueux dévouement.

Remercions encore de leurs précieux conseils :

Monsieur le Professeur agrégé *Bonnaire*, accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

Monsieur le Docteur *Brindeau*, accoucheur des hôpitaux.

Monsieur le Docteur *Dubrisay*.

Monsieur le Docteur *Govin*.

Monsieur le Docteur *Bouglé*, chirurgien des hôpitaux.

Monsieur le Docteur *Macaigne*, médecin des hôpitaux.

Monsieur le Docteur *Brühl*, médecin des hôpitaux.

Enfin nous devons l'hommage de notre vive gratitude à Monsieur le Professeur *Mathias Duval* et à Monsieur le Professeur agrégé *Ed. Retterer*, chef des travaux d'histologie de la Faculté, dont l'amitié précieuse et la constante sollicitude nous a, depuis le début même de nos études, facilité la tâche et entrete nu le courage.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Définition

Dans un travail qui date de 1887, Küster (1) étudia le premier une variété rare de hernie inguinale, en se basant sur trois observations qu'il rapporte. Cette forme, qu'il nomme *hernie inguino-superficielle*, a pour caractère fondamental ce fait, qu'après avoir traversé tout le trajet inguinal, après avoir franchi l'anneau antérieur ou inférieur, au lieu de se porter vers le scrotum, elle s'étale superficiellement, dans le tissu cellulaire sous cutané.

Küster montra bien les rapports de cette hernie inguino-superficielle avec : 1° la forme décrite par Krönlein en 1876 sous le nom de hernie inguino-propéritonéale ; 2° la hernie inguino-interstitielle de Goyraud ; la première de ces formes caractérisée par ce fait que la hernie s'insinue entre le péritoine et le fascia transversalis, la seconde se faisant place, au-devant du fascia transversalis, entre les couches musculaires de la paroi abdominale antérieure.

(1) Küster. Arch. für klin. chirurgie. 1887 XXXIV p. 202.

Dans la hernie décrite par Küster, le sac fait un pas de plus et se développe sur un plan plus antérieur encore, ayant complètement franchi le canal inguinal.

Le Fort (1) dans l'observation qu'il publie d'un malade porteur d'une des hernies qui feront l'objet de ce travail (obs. III), leur donne le nom de *hernie pré-inguinale*. Ce terme a le désavantage sur celui qu'emploie Küster d'être moins compréhensif, et de ne pouvoir être étendu aux trois variétés que nous étudierons. Nous conserverons donc le terme hernie inguino-superficielle.

C'est une forme très rare. M. Marion (2) dans le travail qu'il publia sur cette question n'avait pu en réunir que onze observations. M. le Professeur Berger dit dans la 2^e édition du Traité de Chirurgie qu'il n'en a rencontré que deux cas. Nous avons été assez heureux, pendant l'année où nous étions l'interne provisoire de M. Arrou, d'aider notre maître dans une des deux interventions qu'il eut à pratiquer sur les hernies de cette sorte. Ce sont ces deux observations, ainsi qu'une autre de M. Barbarin qui, ajoutées à celles qu'indique M. Marion dans son travail, vont suivre, et nous donneront matière à quelques considérations anatomo-pathologiques et cliniques.

(1) Le Fort. — Bulletin général de thérapeutique, 1886, p. 49.

(2) Marion. — Soc. anat. 1899, p. 993.

Observations

OBSERVATION I

(J.-W. Hulke (1), *med. chir. transact.*, 1866, XLIX, p. 189)

Un homme de 27 ans est admis au Middlesex Hospital, le 20 janvier, pour une hernie étranglée. Le côté droit du scrotum était distendu par une grosse tumeur globuleuse, dont un prolongement s'étendait en haut, le long de l'aîne, vers l'épine iliaque antero-supérieure, en avant de l'aponévrose du grand oblique. Les portions inguinale et scrotale étaient séparées par une portion intermédiaire, étroite. L'examen, sous-ch'oroforme, prouva que les deux portions avaient une cavité commune. Sauf à son extrémité pubienne, la portion inguinale pouvait être facilement limitée, ce qui rendait évidente sa situation superficielle.

Dans l'aîne gauche, tumeur oblongue, superficielle également, molle et indolore, non étranglée.

Le scrotum, atrophié, n'était occupé par aucune des deux glandes spermatiques.

Kélotomie, mort.

(1) Et non Huecke, comme disent tous les auteurs.

A l'autopsie, après incision de la peau et du fascia superficialis de l'aîne, on aperçut le sac herniaire s'étendant de l'épine iliaque antéro-supérieure au fond du scrotum, la partie supérieure et externe étant placée sur l'aponévrose de l'oblique externe, au devant du canal inguinal et du ligament de Poupart. Quand l'anneau externe qui livrait passage à la hernie eût été incisé avec la paroi antérieure du canal inguinal, on trouva le testicule dans ce canal nullement fixé à sa paroi postérieure, mais suspendu à un repli du péritoine entraîné par lui.

La disposition du sac herniaire droit (côté de l'étranglement) était la même, avec cette seule différence que le diverticule supérieur, ne montait pas tant vers l'épine iliaque. Le sac entier était enflammé et contenait une sérosité trouble.

Le testicule droit pendait librement dans la cavité abdominale, retenu par un mesorchium dépendant de la paroi pariétale du péritoine avoisinant l'anneau inguinal interne

OBSERVATION II

(Bourdon Soc. anat. 1871, p. 278)

Sur le cadavre d'un homme mort à la suite d'une amputation de la cuisse, je remarque que le testicule gauche n'est pas dans le scrotum, mais au-dessus du ligament de Fallope.

Il est petit, mais souple et sensible à la pression comme celui du côté opposé, il semble suspendu à un pédicule long

et grêle, qui me paraît contenir, outre les éléments du cordon, le corps et la queue de l'épididyme détaché du testicule dont je puis assez exactement apprécier la forme, car il est situé immédiatement sous la peau ; je puis, par une pression de haut en bas, le refouler dans le scrotum, mais il m'est impossible de le faire pénétrer dans le canal inguinal et de le repousser dans l'abdomen.

Me guidant sur le testicule que je fais saillir au dessus du ligament de Fallope, j'incise la peau et tombe sur une poche entourée d'un tissu cellulaire lamelleux ; cette poche croise à angle aigu l'arcade crurale qu'elle déborde en haut et repose sur l'aponévrose du grand oblique dont elle est séparée par du tissu cellulaire très-lâche ; je puis la disséquer facilement et la rabattre sur le scrotum ; faisant alors rentrer le testicule dans la tunique vaginale, j'enlève celle-ci ainsi que le cordon contenu dans un prolongement de la séreuse et entouré par les fibres du crémaster.

A l'ouverture de l'abdomen je constate en avant et en dehors du point où le canal déférent se recourbe, pour plonger dans le petit bassin, une ouverture froncée formée aux dépens du péritoine, souple et grisâtre à ce niveau ; le petit doigt peut être engagé par son extrémité dans cet orifice, qui se continue avec le canal vagino-péritonéal et permet de conduire un stylet dans le fond de la tunique vaginale. Les anses intestinales sont saines et ne présentent pas de traces de hernie ancienne.

La pièce enlevée, on remarque que le canal vagino-péritonéal aboutit au niveau de l'anneau inguinal externe, à une bifurcation conduisant dans deux cavités de même volume qui se séparent à angle obtus et communiquent par un assez

large espace ; l'une est la cavité vaginale contenue dans le scrotum, l'autre un diverticulum en doigt de gant qui croise l'arcade crurale ; on peut faire passer le testicule de l'une dans l'autre facilement.

Le canal, du point de sa bifurcation à son orifice péritonéal, a une longueur de deux travers de doigt, et une largeur moitié moindre, ses parois sont minces ; sa surface interne lisse présente à sa partie moyenne un léger rétrécissement ; à ce niveau la séreuse s'adosse à elle-même pour former une valvule circulaire mince, transparente, dont le bord libre est profondément déchiqueté et présente des filaments capillaires flottant dans l'eau et assez longs pour se rejoindre au centre du conduit.

Le bord adhérent de cette valvule est souple, et les deux lames ne peuvent être isolées par des tractions en sens opposé.

La valvule forme un cul-de-sac circulaire ouvert en haut et analogue à celui qui résulte de l'adossement des valvules sigmoïdes de l'aorte.

La paroi postérieure du canal est soulevée par le canal déférent et les éléments du cordon, ainsi que par une accumulation considérable de tissu adipeux ; la séreuse les recouvre sans les entourer complètement.

Le testicule est petit, globuleux, de consistance normale ; à sa place ordinaire est la tête de l'épididyme ; entre le corps et le bord supérieur du testicule est le cul-de-sac normal tourné en dehors ; sa queue n'adhère pas au testicule, et l'épididyme allongé, long de 12 centimètres et aminci, s'applique à partir de sa dernière moitié à la face externe de la tunique vaginale sous laquelle il fait un léger relief ; par-

venu au fond de la cavité il se continue avec le canal déférent qui remonte le long des éléments du cordon et s'enfonce dans le canal inguinal en arrière du conduit que nous avons décrit.

Le testicule est donc suspendu à un pédicule dans lequel ne se trouvent contenus ni l'épididyme, ni le canal déférent, et qui n'est absolument entouré par la séreuse qu'au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal.

Le diverticulum présente exactement l'aspect d'une cavité séreuse à surface lisse, à parois minces, facilement isolable des tissus voisins et sous-cutanés.

Il n'y avait pas une goutte de liquide dans la cavité vaginale ni dans le diverticulum. L'anneau inguinal externe n'était pas dilaté et le testicule ne pouvait pas le franchir.

OBSERVATION III (Résumée)

Le Fort-Bull. gen. de thérapeutique, 1886, p. 49

Le 18 novembre, au soir, entrant dans mon service de l'hôpital Necker, avec tous les symptômes d'une hernie étranglée, un malade qui me donna, lors de la visite, le lendemain matin, les renseignements suivants sur son état antérieur. Ce jeune homme, âgé de 18 ans, robuste, bien constitué, s'était depuis longtemps aperçu que si son testicule gauche occupait sa situation normale, le testicule droit manquait dans le scrotum. Il avait deux ans, lorsque ses parents s'aperçurent qu'il avait à droite une hernie ingui-

nale, pour laquelle il porta un bandage pendant un an, après lequel la hernie parut guérie, et ne reparut pas, malgré son rude métier de journalier.

Le 18 novembre, vers 10 heures du matin, en soulevant un sac du poids de 70 k. il éprouva dans la région de l'aîne droite, une vive douleur accompagnée d'un craquement et s'aperçut aussitôt de l'apparition d'une tumeur inguinale. Dans l'après-midi, il alla à la garde-robe.

A cinq heures, le malaise augmente, vomissements.

On essaye de réduire la hernie, le soir.

Le lendemain 19 : La région inguinale droite est occupée par une tumeur ovoïde, dont le grand axe est parallèle à l'arcade de Fallope, au-dessus de laquelle elle est placée, et qui se dirige vers l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à deux travers de doigt de celle-ci. Cette tumeur, du volume d'un gros œuf, soulève fortement la peau, et cette saillie forme un relief allongé très saillant, très distinct, comme le ferait une tumeur tout à fait sous-cutanée. Elle est molle, fluctuante, sonore à la pression comme l'est une entérocéle. En bas et vers la ligne médiane, elle s'arrête au bord externe de l'anneau inguinal. De ce côté le scrotum est flasque, vide et, en effet, on constate l'absence du testicule, qui existe à gauche avec ses caractères normaux. Si on le cherche à droite, on ne le trouve pas au niveau de l'anneau mais dans le centre de la hernie et très en dehors de l'anneau, on a la sensation d'un corps plus résistant, sous-jacent à la hernie que je soupçonne être le testicule, supposition qui se justifiera plus tard, après la réduction.

En explorant l'anneau inguinal, on trouve au devant de lui, une tumeur molle, fluctuante qu'on n'est qu'un diverticulum

de la hernie, car si on presse sur la tumeur qui longe le pli inguinal, on augmente le volume et la tension de cette poche, et la fluctuation se transmet facilement de l'une à l'autre tumeur. Si on presse sur cette tumeur secondaire, on la vide en partie : toutefois son contenu est refoulé non dans le canal inguinal, mais dans la tumeur principale qui augmente de volume et de consistance. Si alors, refoulant le scrotum, on cherche à introduire le doigt dans l'anneau inguinal, on l'y engage facilement et l'on constate qu'il est plus large, ou tout au moins aussi large qu'à l'état normal. En même temps, on sent que cet anneau n'est pas complètement libre et que le pédicule de la hernie s'y engage vers le côté opposé.

Je diagnostiquai une hernie congénitale avec ectopie testiculaire, hernie qui, arrivée au-delà de l'anneau inguinal, s'était recourbée en dehors, glissant sous la peau, et au-devant de l'aponévrose du grand oblique, vers l'épine iliaque, parallèlement au pli de l'aîne et présentant un petit diverticulum se dirigeant vers la racine du scrotum, sans y pénétrer. J'eus la pensée que l'étranglement était dû à ce que le pédicule de l'anse herniée dans le pli de l'ainé, se cou-
dait brusquement à angle aigu sur l'arête formée par le pilier externe de l'anneau ; j'agis en conséquence et les phénomènes observés pendant la réduction confirmèrent ce diagnostic.

Le taxis est fait en amenant l'intestin vers l'anneau, de dehors en dedans et de haut en bas; puis l'anneau atteint, en sens inverse, suivant la direction du canal inguinal.

Une fois l'intestin réduit, il ne reste plus, dans le pli

de l'aine, que le testicule, nettement dessiné sous la peau et mobile.

Le malade sortit au bout de 5 jours de l'hôpital, portant un bandage avec petite pelote connexe.

OBSERVATION IV

Küster, Arch. für klin. Chirurgie, 1887, XXXIV.

Eugène Kaiser entre à l'hôpital le 7 janvier 1880. Il est âgé de 14 ans. A une hernie droite.

A 5 ans, ses parents s'aperçurent que le testicule manquait à droite, en même temps qu'existait une petite hernie inguinale droite. Port d'un bandage entre 1874 et 1876. La hernie est très bien supportée jusqu'à il y a quelques jours avant l'entrée du malade à l'hôpital. C'est quatre jours avant cette entrée que la hernie avait augmenté de volume en même temps qu'apparaissaient des douleurs.

A l'examen du malade, on trouve le testicule gauche normal, la bourse droite petite et vide. En dehors de l'orifice externe du canal inguinal, au-dessus de l'arcade crurale existe une tuméfaction du volume d'une petite pomme, douloureuse à la pression, fluctuante. Dans la partie inférieure de la tumeur est senti un petit corps aplati, peu mobile, qui est considéré comme le testicule droit. La tumeur est mate. L'orifice inguinal paraît être libre, il laisse passer l'extrémité du petit doigt. Pas d'expansion notable dans la toux.

Intervention après taxis sans résultat.

Petit sac herniaire immédiatement sous la peau contenant un petit testicule atrophie. On voit après incision du sac que, le testicule, après avoir traversé le canal inguinal très court, dirigé d'arrière en avant, s'est porté en dehors et en haut ; il est assez fortement fixé à la paroi abdominale. Le sac péritonéal forme une enveloppe au canal déférent ; il se dirige en bas et en dedans pour gagner l'orifice inguinal. Il contient une frange épiploïque.

La libération du testicule et les tentatives faites pour les replacer dans le scrotum échouent ; il est de même impossible de réduire la frange épiploïque qui semble adhérer à l'orifice interne du canal inguinal. L'épiploon attiré, on fait une ligature, puis on le repousse aussi loin que possible vers l'orifice interne du canal inguinal. Suture des parois du sac.

Le malade sort guéri le 11 février. Le testicule est resté en ectopie dans la même position.

OBSERVATION V

Küster, Archiv. für klin. Chirurgie, 1887, XXXIV

Georges Schulze, 28 ans. Entre à l'hôpital le 12 décembre 1885.

Antécédents peu précis : la hernie droite existe depuis longtemps, probablement depuis l'enfance. Il n'a jamais porté de bandage. La hernie apparaît de temps en temps atteignant le volume du poing. Elle est facilement réductible,

Seulement une petite partie de la tumeur, dure, est irréductible depuis longtemps.

Le 11 décembre, la hernie se reproduisit de nouveau, mais cette fois ne put être réduite. Depuis ce moment le malade n'a eu ni si selles ni gaz. Pas de douleur abdominale, peu de douleur au niveau de la hernie, pas de vomissements.

Le malade est jeune, solide. Le scrotum à droite est vide à la partie inférieure au dessus de l'arcade fémorale ; à trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure existe une tumeur arrondie, parallèle à l'arcade femorale, du volume du poing, de consistance élastique uniforme. La peau est normale. Elle se continue en bas et en dedans avec une tumeur du volume du poing occupant la partie supérieure du scrotum. Une portion rétrécie sépare les deux tumeurs, d'où forme en sablier. La percussion dénote de la sonorité dans la tumeur supérieure, la tumeur inférieure est au moins sonore.

On n'arrive pas à sentir le canal déférent et le testicule droit. On n'arrive pas plus à reconnaître l'orifice inguinal interne.

La tumeur supérieure paraît superficielle, recouverte seulement par la peau ; ce qui fait qu'on rejette l'idée d'une hernie propéritonéale ou interstitielle.

Intervention le 13 décembre.

Immédiatement après l'incision de la peau et du tissu cellulaire se présente le sac herniaire comme une poche blanc-bleuâtre ; après l'avoir incisé il s'écoule quelques cuillerées de liquide clair et il apparaît un paquet épiploïque. Sous l'épiploon, près du bord supérieur de l'orifice herniaire est situé le testicule ectopié. Dans le sac herniaire se trouve

également une anse intestinale qui se trouve coudée sur le bord externe tranchant de l'orifice herniaire et repliée. En outre l'anse intestinale présente quatre plicatures adhérentes entre elles. L'intestin est injecté, violacé, mais a gardé son aspect poli et brillant.

On libère les adhérences existant entre les plis de l'anse en les décollant et en les incisant ; hémostase à l'aide du thermocautère ; ligature et résection de l'épiploon ; réduction du tout.

Alors inspection du sac herniaire : L'orifice herniaire permet l'introduction de 3 doigts ; le trajet inguinal est directement antéro-postérieur, le canal déférent suit sa paroi inféro-interne.

Le sac présente un diverticule dirigé vers le scrotum et un autre beaucoup plus grand se détache à l'angle droit du collet du sac et se porte en haut et en dehors : il repose sur l'aponévrose du grand oblique et ne dépasse pas en bas l'arcade de Fallope.

Résection du sac, suture, drain.

Le malade mourut cinq jours après l'opération.

A l'autopsie on voit que le testicule droit se trouve dans un prolongement du péritoine qui a été compris dans la suture. L'orifice herniaire est complètement fermé. Le canal déférent a une position qui répond à celle qu'il occupe habituellement dans la hernie inguinale externe.

OBSERVATION VI

Broca, Soc. anat., 1888, p. 121

En avril 1886, je constatai sur un sujet de l'école pratique, une hernie scrotale volumineuse du côté droit. En examinant cette hernie, je remarquai qu'outre le sac scrotal, il existait un second sac situé dans la paroi abdominale et remontant presque jusqu'à l'ombilic. Cette poche abdominale paraissait tout à fait superficielle.

Les deux parties scrotales et abdominales de la hernie se laissaient réduire avec une égale facilité, et une fois l'intestin réduit, on trouvait au lieu du trajet inguinal, un large orifice, qui admettait aisément deux doigts.

En disséquant cette hernie, je constatai que le trajet inguinal était réduit à ce simple et large orifice dont j'ai parlé. Il n'y avait donc pas le moindre rétrécissement, mais au contraire une large ouverture béante, qui mesurait au moins 3 centimètres dans le sens transversal et 2 dans le sens vertical. Cet orifice conduisait directement dans les bourses, sur le testicule même.

L'intestin était donc au contact du testicule ; la hernie était congénitale et testiculaire, dans le sens que Malgaigne a donné à ce mot ; c'est-à-dire que le conduit vagino-péritonéal était largement ouvert sur toute son étendue.

La poche abdominale était située dans le tissu cellulaire sous-cutané entre la peau et l'aponévrose. Elle était assez vaste pour contenir aisément le poing. Elle communiquait

avec la poche scrotale, immédiatement au-dessus de l'arcade de l'allope, par un collet un peu rétréci, mais capable toutefois de laisser passer deux doigts.

En somme, il y avait coïncidence d'une poche abdominale considérable, et d'une hernie congénitale testiculaire sans rétrécissement du canal vagino-péritonéal. Mais la poche abdominale était sous-cutanée.

OBSERVATION VII

Marion, Soc. anat. 1899, p. 1009.

A. L. . . , étudiant en médecine, âgé de 24 ans.

Est atteint d'une hernie inguinale droite depuis l'âge de 10 ans. Cette hernie est survenue à la suite d'un effort ; d'abord très petite elle a augmenté petit à petit, poussant devant elle le testicule qui primitivement était dans le canal inguinal. Cette hernie ne descend pas dans la bourse correspondante qui n'existe pas, mais s'étale sous la paroi de l'abdomen, en formant, lorsqu'elle est sortie, une tumeur du volume d'une petite orange. Cette hernie semble constituée par de l'épiploon ; elle rentre facilement par la pression. La masse qu'elle constitue paraît immédiatement sous-cutanée, ce que confirme l'exploration pendant la contraction des muscles de l'abdomen qu'on sent se raidir en arrière d'elle, mais ne pas dissimuler la tumeur. D'autre part la hernie rentrée, on peut avec le doigt suivre le trajet inguinal très large.

Une fois la hernie réduite on peut sentir un peu en haut et en dedans de l'orifice externe du canal inguinal une petite tumeur élastique du volume d'une très petite noix qui n'est autre que le testicule droit ectopié. Il est fixé dans cette situation et ne peut ni descendre dans la bourse, ni rentrer dans le canal inguinal.

La bourse du côté droit fait absolument défaut.

A gauche, disposition normale, pas de pointe de hernie.

Opération le 5 juin 1899, aux frères St Jean-de-Dieu, avec l'aide de M. Cochemé. La peau incisée, je tombe immédiatement sur le sac que j'isole facilement de la peau et du tissu cellulo-adipeux de la paroi. Ouverture du sac. Dans son intérieur existe de l'épiploon adhérent un peu en un point, et le testicule qui fait saillie sur la paroi postérieure. Celui-ci est petit et paraît tellement atrophié qu'il me semble inutile d'essayer de le conserver, d'autant plus qu'il aurait été très difficile à descendre dans une bourse qui n'existait pas et d'où il serait probablement constamment remonté.

Du testicule on voit partir le cordon qui fait également saillie dans l'intérieur du sac ; le cordon possède en réalité un véritable méso.

La partie antérieure du sac étant libérée et ouverte, j'aperçois la paroi antérieure du canal inguinal qui se trouvait derrière le sac herniaire superficiel. Dissection rapide du sac en entraînant avec lui le testicule et les éléments du cordon.

Ligature de l'épiploon. Ligature du sac et les éléments du cordon dans le même paquet.

Reconstitution de la paroi abdominale à ce niveau par un seul plan de suture avec des fils d'argent passés profondément en U.

Suites très simples. Les fils sont enlevés au 12^e jour, la plaie est entièrement réunie.

OBSERVATION VIII

Barbarin. Soc. anat. 1899, p. 924.

Enfant de 11 ans, entré le 12 novembre pour une hernie inguinale étranglée. Réduction spontanée de l'étranglement.

A l'examen, on peut constater une hernie de la grosseur d'un œuf de poule, sortant par un énorme anneau qui permet au doigt d'entrer dans l'abdomen perpendiculairement à la paroi. Sortie, cette hernie vient se placer en dehors de l'anneau, sous les tégument, parallèlement à l'arcade crurale et un peu au-dessus d'elle. Il existe du même côté (à droite) une ectopie testiculaire. La hernie se réduit en masse ; à sa partie inféro-externe on peut sentir une petite masse arrondie constituée par le testicule. Pendant l'opération, on voit : 1^o que le sac est adhérent, rouge, et présente des traces d'inflammation ancienne ; 2^o que dans ce sac se trouve une anse intestinale grêle, portant sur son côté interne et sur son bord libre un diverticule très difficile à libérer.

L'aspect offert alors par les anses agglutinées rappelle absolument celui d'une appendicite ancienne.

Le diverticule de Meckel est réséqué ; la ligature et enfouie dans la paroi intestinale par des points de Lambert.

L'enfant n'a présenté aucune réaction. Je signalerai particulièrement les traces d'inflammation chronique du diver-

ticule et de l'anse qui le portait, inflammation due très probablement à une diverticulite antérieure.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Recueillie par M. Arrou dans le service de M. Monod)

R. G..., garçon marchand de vins, âgé de 15 ans 1/2, porte depuis quelques mois un bandage pour une hernie inguinale droite (diagnostiquée par le Dr Lemasle qui amène le malade dans le service) hernie dont il souffre. Ces douleurs sont augmentées par la fatigue, par la marche un peu prolongée, et lui font désirer l'opération.

On constate l'absence de scrotum à droite, et la présence du testicule, qu'on reconnaît à sa sensibilité spéciale, au devant de la paroi antérieure du canal inguinal, à sa portion moyenne : c'est-à-dire en dehors de l'orifice cutané du canal.

Peu de douleurs à la pression.

Opération le 11 octobre 1899 : chloroforme. On trouve un petit sac herniaire vide, accompagnant le cordon et flanqué du testicule, qui — n'ayant pas trouvé à se loger dans le scrotum, est déjeté en dehors et en haut, sous la peau, en avant de la paroi antérieure du canal.

Ligature du sac. Ablation du testicule qui semble normal du reste (bien que très petit) et qui n'était la brièveté excessive du cordon, aurait pu être logé dans le scrotum.

Suture en deux plans. Suites normales. Sortie : 3 semaines après.

OBSERVATION X (Inédite)

(Note anatomo-pathologique consécutive à une opération faite par Monsieur Arrou (dans le service de Monsieur Monod) et dont la partie clinique manque).

Un homme adulte (30 à 35 ans), jardinier, réclame l'intervention pour une hernie inguinale dont le volume le gêne.

Diagnostic de hernie inguino-superficielle, confirmé par l'opération.

L'incision faite, on trouve un sac bifurqué, dont la plus grande portion, au sortir du canal inguinal, se déjette en dehors et en haut, au devant de la paroi antérieure du trajet inguinal, et contient de l'épiploon. Cette portion de la hernie recouvre, cache le testicule qui est, lui, appliqué directement contre l'aponévrose du grand oblique. L'autre partie du sac, beaucoup moins volumineuse, descend vers le scrotum ; mais celui-ci étant fermé, elle se loge sous la peau, très superficiellement.

Ablation du testicule ectopié, très petit, manifestement atrophié.

Suture des plans. Réunion par première intention.

OBSERVATION XI

Küster. — Archiv. für klin. Chirurgie, 1887. XXXIV.

R. I. . . , 22 ans. Hernie gauche depuis l'âge de 2 ans.

Tumeur de la région inguinale gauche, située en partie au-dessus, en partie au-dessous de l'arcade de Fallope. Elle s'étend en dehors à 3 trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure en dedans jusqu'à la partie supérieure du scrotum. Tumeur molle, élastique, submate. Par la pression elle diminue.

Le scrotum gauche est vide : le testicule situé un peu en dehors de l'orifice externe du canal inguinal présente le tiers de son volume normal : il est fixé dans sa position. L'orifice inguinal admet deux doigts : le trajet se dirige directement d'avant en arrière : le canal déférent suit la paroi externe du trajet. Le contenu de cette hernie est très superficiel et paraît n'être recouvert que par la peau.

L'opération n'a pas été faite.

OBSERVATION XII

Marion. — Soc. anat., 1899. p. 1010.

A. K. . . , âgé de 72 ans, cocher, vient à l'hôpital pour un état éléphantiasique des jambes, consécutif à des varices.

Mais en outre, il présente un début de cataracte, un ectropion sénile double et une hernie.

Cette hernie se présente au premier abord comme une hernie crurale droite : elle fait une saillie arrondie à la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa. Elle a le volume d'un œuf lorsqu'elle est complètement sortie. Elle contient de l'épiploon et de l'intestin. L'arcade de Fallope est au-dessus d'elle, et une ligne menée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis passe à la partie supérieure de la hernie.

La tumeur formée par elle est mollassse ; elle est facilement réductible, mais au lieu de se réduire directement d'avant en arrière elle se réduit de bas en haut et rentre en suivant le trajet inguinal. Celui-ci est presque absent et les deux orifices interne et externe sont à peu près dans la même direction antéro-postérieure. Il est impossible de sentir les battements de l'artère épigastrique et par conséquent d'affirmer si la hernie est directe ou oblique externe.

Lorsque la hernie est réduite il suffit de laisser le doigt dans l'orifice inguinal pour en empêcher la reproduction.

Les bourses sont normales, *le testicule droit est bien à sa place.*

La hernie est apparue il y a une quinzaine d'années. Au début elle a été diagnostiquée hernie inguinale, et on a fait porter un bandage au malade. Malgré ce bandage la hernie a continué à augmenter de volume et c'est il y a deux ans qu'elle a commencé à faire saillie à la racine de la cuisse.

Ayant voulu voir le bandage porté par le malade, celui-ci nous a dit que depuis plus d'un an il avait complètement cessé d'en avoir.

Etant donnés l'âge et l'état précaire du malade on ne propose aucune intervention.

OBSERVATION XIII

Busch. — Langenbeck's. Archiv. IV, p. 47.

Enfant présentant un scrotum bien développé avec sillon raphé médian; mais dans la moitié droite, pas de testicule.

Entre le scrotum et la cuisse, la peau est distendue par une hernie, formant une grosseur qui s'étend de l'orifice externe du canal inguinal jusqu'au milieu du pli genito-crural. On sent à travers la peau, dans le fond du sac, le testicule.

Après la réduction de la hernie, restent le sac et le testicule.

Le trajet inguinal est large, laisse passer deux doigts, et se dirige directement d'avant en arrière.

OBSERVATION XIV

Goyrand, d'après Duret, Th. agrégation, Paris, 1883, p. 136.

Hernie observée sur un étudiant en droit de 20 ans. Cette hernie présente les caractères suivants :

« Le scrotum n'existe qu'à gauche. A droite se voit une tumeur allongée, qui de l'ouverture inguinale se porte au périnée où elle se termine en arrière de l'insertion de la poche scrotale gauche. Cette tumeur constitue un cylindre courbe à convexité antero-inférieure et adhérent par sa

concavité. Elle est divisée en deux lobes par une très légère dépression transversale. La partie supérieure à la dépression est dure, très douloureuse surtout au toucher, et s'étend au-dessus de l'anneau du grand oblique, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, jusqu'à l'orifice supérieur du canal inguinal : la partie inférieure ou périnéale est molle, pâteuse, indolente. Le testicule droit est englobé dans la tumeur. »

Goyrand fit la kélotomie, le testicule était à nu sur la paroi postérieure de la portion périnéale du sac. Le malade guérit, mais la hernie s'était reproduite, il dut porter un bandage.



Anatomie pathologique

Après la lecture attentive des observations qui précèdent, nous pouvons distinguer avec Küster trois variétés de la hernie inguino-superficielle (le terme de hernie pré-inguinale de Le Fort ne pourrait s'appliquer qu'à la première) :

1° *Hernie inguino-superficielle abdominale* (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X) ;

2° *Hernie inguino-superficielle crurale* (obs. XI, XII) ;

3° *Hernie inguino-superficielle périnéale* (obs. XIII, XIV).

Mais auparavant, résumons les CARACTÈRES COMMUNS que présentent ces hernies.

Küster les résume en cinq propositions, à la suite des trois observations qu'il cite :

« 1° Le sac herniaire est un diverticule ouvert — du péritoine — qui renferme le testicule et le cordon spermatique. Il s'agit d'une hernie congénitale. L'ori-

fice herniaire est large et traverse la paroi ventrale directement d'avant en arrière.

« 2° Le testicule n'est pas descendu dans les bourses, mais reste au voisinage de l'anneau inguinal externe. Parfois il en est éloigné, mais toujours en ectopie.

« 3° Le testicule est toujours atrophié : le cordon dans la plupart des cas trop court.

« 4° Dans deux cas, le cordon se trouve, contrairement à ce qui a toujours lieu dans la hernie congénitale non sur le côté interne du sac, mais sur son côté externe.

« 5° Le sac herniaire est recouvert seulement par la peau et le *fascia superficialis*, ce dernier très aminci. Le cremaster manque complètement, ou est peu développé ».

Nous voyons dans les observations qui précèdent, que le plus constant des caractères connus à toutes ces hernies, c'est l'absence de testicule dans le scrotum du côté correspondant. Celui-ci est ectopié, arrêté dans sa migration, situé dans l'intérieur du sac, en contact *direct* avec l'intestin, en général en arrière, appliqué par conséquent directement sur l'aponévrose du grand oblique — caché par la hernie située en avant, dans la variété abdominale.

Le canal déférent, le cordon spermatique, font également saillie dans la cavité du sac, quelquefois au point que celui-ci leur forme un véritable méso.

Un caractère important de ces hernies est la largeur de l'orifice herniaire, et sa direction qui — au lieu d'un trajet oblique en bas et en dedans — est antéro-postérieure, très courte, orifice plutôt que trajet.

« Le testicule est toujours en ectopie » dit Küster, mais si ce caractère est de beaucoup le plus fréquent, il n'est pas constant, puisque dans le cas que rapporte Marion (obs. XII), la glande spermatique est bien à sa place — au fond du scrotum. Ce fait a une importance considérable au point de vue pathogénique.

CARACTÈRES PARTICULIERS A CHACUNE DES TROIS
VARIÉTÉS.

1^o *Hernie inguino-superficielle abdominale.* — La variété abdominale de la hernie inguino-superficielle est ou semble être de beaucoup la plus fréquente des trois (10 observations sur 14). Ici, le sac herniaire après avoir parcouru toute la longueur du trajet inguinal, sort de ce dernier par l'orifice inférieur, ou superficiel ; à ce moment il change brusquement de direction, et remonte de dedans en dehors et de bas en haut vers l'épine iliaque antéro-supérieure, parallèlement à l'arcade de Fallope et un peu au-dessus d'elle.

Le sac, d'après cette disposition, cache pour ainsi

dire la face antérieure du canal inguinal, appliqué au-devant d'elle.

Lorsque dans une opération ou une autopsie, on sera arrivé sur le sac, très superficiel, dès que la peau aura été incisée, on ne verra pas la face antérieure du trajet. Une fois le sac isolé du tissu cellulaire qui l'entoure, lui et la tunique fibreuse commune qui le recouvre, on pourra le reporter en dedans et découvrir de dehors en dedans, cette face antérieure jusqu'à l'orifice superficiel où le sac se coude, se continuant avec sa portion interstitielle, portion qui apparaîtra à son tour lorsqu'on aura incisé la face antérieure du canal, pénétré le trajet.

On voit alors l'ensemble de la hernie : deux portions obliques, parallèles entr'elles, séparées l'une de l'autre par l'aponévrose du grand oblique, se continuant l'une avec l'autre — à angle aigu — au niveau de l'orifice superficiel.

C'est au niveau de cet angle, sur cette arête vive que l'intestin peut subir un étranglement. Le Fort (obs. III) dit :

« J'eus la pensée que l'étranglement était dû à ce que le pédicule de l'anse herniée se couvait brusquement à l'angle aigu sur l'arête formée par le pilier externe de l'anneau : j'agis en conséquence et les phénomènes observés pendant la réduction confirmèrent ce diagnostic. »

Dans la moitié des cas (cinq sur dix, obs. I, II, V,

VI, X), le sac est bifurqué, à la portion superficielle s'ajoute une portion scrotale, descendant plus ou moins bas, communiquant avec la première par un collet plus ou moins rétréci (laissant passer deux doigts dans le cas de Broca). — « La pièce enlevée, dit Bourdon (obs. II), on remarque que le canal vagnino-péritonéal aboutit au niveau de l'anneau inguinal externe, à une bifurcation conduisant dans deux cavités de même volume qui se séparent à angle obtus, et communiquent par un assez large espace ; l'une est la cavité vaginale contenue dans le scrotum, l'autre un diverticulum en doigt de gant qui croise l'arcade crurale ; on peut faire passer le testicule de l'une dans l'autre facilement. » Dans le second cas d'Arrou (obs. X) le sac est bien bifurqué, mais le scrotum n'existe pas du côté correspondant, ou est fermé. La portion inférieure du sac se loge donc sous la peau, très superficiellement.

2° *Hernie inguino-superficielle crurale.* — Dans cette variété (obs. XI, XII), le sac, toujours superficiellement situé, descend verticalement dans le tissu cellulaire de la racine de la cuisse, et vient soulever la peau de la portion supérieure et interne du triangle de Scarpa.

C'est dans un de ces cas, celui de Marion (obs. XII) que le testicule se trouva au fond du scrotum, fait sur lequel nous avons déjà insisté et sur lequel nous reviendrons.

Les connexions exactes de cette forme de hernie sont peu connues, puisque dans aucun des deux cas, il n'y a eu de vérification anatomique, d'opération.

3° *Hernie inguino-superficielle périnéale*. — Dans cette dernière variété (obs. XIII, XIV) la hernie se porte également en bas, comme dans la précédente. Mais bientôt elle se recourbe en arrière, gagnant le périnée, en suivant le pli génito-crural. Dans le cas de Busch, elle va « jusqu'au milieu de ce pli », dans le cas de Goyraud, elle se termine « en arrière de l'insertion de la poche scrotale » constituant dans son ensemble un cylindre courbe à concavité supérieure adhérente, et divisée en deux lobes par une très légère dépression transversale.



Pathogénie

Pour Küster, la hernie inguino-superficielle coïncide toujours avec un testicule ectopié, cette variété « est liée à des déviations de la descente normale du testicule. »

Mais, d'après l'examen des observations, il semble bien difficile d'adopter avec cet auteur une seule théorie pour expliquer la formation des hernies inguino-superficielles.

« Il est évident que — dit Marion, dans certains cas, la localisation superficielle de la hernie est déterminée par l'ectopie testiculaire. Le testicule s'est placé en position crurale ou périnéale, et sa vaginale est restée en communication avec le péritoine par l'intermédiaire d'un conduit péritonéo-vaginal non obli-téré ; l'intestin trouve alors la voie toute préparée. C'est ce qui a eu lieu dans les hernies observées par Busch, Goyrand.

« Mais à côté de ces hernies, il en est une grande majorité dont la situation anormale ne peut être ex-

pliquée par l'anomalie de position du testicule. Nous voyons, en effet, dans le cas de Hulke, deux hernies inguino-superficielles coïncider, l'une, avec une ectopie abdominale, l'autre avec une ectopie inguinale interstitielle. Dans un de nos cas (obs. VII) c'est la hernie en se développant qui a repoussé à l'intérieur le testicule situé jusque là dans le canal inguinal ; enfin dans l'autre (obs. IX) (1) le testicule était à sa place dans les bourses, et cependant la hernie était inguino-superficielle crurale. La théorie du trajet préformé résultant d'une persistance de la communication entre la cavité abdominale et la vaginale d'un testicule ectopié est donc insuffisante dans ces cas, et on est obligé de rechercher une autre explication. »

Avec Marion, disons que cette explication nous semble être celle que donne Broca (2). L'anomalie de situation du sac herniaire est due au *défaut de perméabilité* du scrotum. La hernie se présentant à l'entrée du scrotum, et ne pouvant passer, rebrousse chemin, suit une autre voie, s'étale sous la peau, décolant, repoussant devant elle le tissu cellulaire. Ou bien même le scrotum n'existe pour ainsi dire pas et la hernie s'arrête en partie à la racine des bourses, envoyant un autre prolongement en haut et en dehors (Obs. X).

A côté de ces cas où le scrotum, qui n'a pas admis

(1) Obs. XII de cette thèse.

(2) Soc. anat., 1888, p. 122.

le testicule et le cordon, par anomalie, n'admet pas non plus la hernie ; il en est, ou tout au moins un, (Obs. XII, de Marion), dans lequel le testicule occupait le fond des bourses

« Il s'agit, en effet, dit Marion, d'un malade ayant les deux testicules en place, et qui voyant se développer une hernie inguinale, porte un bandage ; la hernie malgré ce bandage, continue à se développer, mais au lieu de devenir scrotale, elle devient crurale. Il n'est guère possible d'expliquer la formation d'une telle hernie autrement que par la pression exercée à la partie supérieure du scrotum par un bandeau défectueux qui permettait à la hernie de sortir du canal inguinal, mais non de pénétrer dans le scrotum. »

En résumé on peut admettre avec Marion deux variétés de hernies inguino-superficielles au point de vue pathogénique : l'une se fait « dans un trajet anormal de par le fait de la situation du testicule », l'autre se fait « dans un sac dont le développement progressif anormal est dû à la perméabilité nulle ou insuffisante du scrotum. » Cette dernière résultant, soit de l'absence du testicule, soit de la compression exercée par un bandage défectueux, soit de toute autre cause.



Symptômes et Diagnostic

Nous insisterons peu sur la symptomatologie de ces hernies qui n'offrent de particularités que celles déjà signalées dans les observations, et rappelées au chapitre : Anatomie pathologique.

Le diagnostic de hernie est évident : on a affaire à une tumeur de la région inguinale, augmentant par la toux, dans l'effort, et réductible (sauf cas d'étranglement).

Ces formes de hernies étant le plus souvent liées à une ectopie testiculaire, il est à remarquer que les malades se présentent soit à cause de leur hernie, soit parce qu'ils souffrent de leur testicule, comprimé par un bandage défectueux.

Il nous reste à rappeler maintenant quelques caractères de chacune des trois formes de la hernie inguino-superficielle, caractères qui permettent de les distinguer de hernies autres, différentes.

1° *La hernie inguino-superficielle abdominale*, présente une tuméfaction qui siège au-dessus de l'arcade

de Fallope, allongée parallèlement à elle, en dehors de l'orifice inguinal superficiel. De plus, cette tuméfaction est très localisée, et par le palper on la limite fort bien ; elle est mobile — relativement — sauf à sa partie inférieure et interne où elle se continue par sa portion interstitielle.

Ces caractères sont : 1° un peu ceux d'une *hernie pro-péritonéale* (variété iliaque) dans laquelle le sac se place, immédiatement en avant du péritoine, derrière les muscles de la paroi ; 2° plus encore ceux de la *hernie inguino-interstitielle* de Goyrand, dans laquelle le sac rencontrant l'anneau fibreux du grand oblique oblitéré, ou tout au moins rétréci, se place derrière l'aponévrose de ce muscle, en avant du petit oblique et du transverse.

Mais dans ces deux formes la hernie n'est pas si superficielle, la main qui l'explore la sent bridée par un plan aponévrotique, sa saillie même est moins nette à la vue.

Dans le cas de hernie inguino-superficielle au contraire, si on fait contracter la paroi abdominale, et que pendant ce temps on engage un doigt dans l'anneau, tandis que l'autre main saisit la hernie, on sent que la contraction ne modifie pas la mobilité et la consistance de la hernie.

Après la réduction, la même exploration montre que le testicule est placé en avant de l'aponévrose du grand oblique, également sous-cutané, également mo-

bile, et se laissant amener au-devant de l'anneau inguinal, mais sans pouvoir y être engagé.

Enfin, pour la réduction même, il faut agir en deux temps, suivant deux directions; d'abord de dehors en dedans, puis doublant l'orifice superficiel, de dedans en dehors (ou plutôt d'avant en arrière à cause de la disposition généralement antéro-postérieure du canal, que signalent les auteurs chez les porteurs de ces hernies.

2° *La hernie inguino-superficielle crurale* ressemble tout à fait à une hernie crurale: même localisation, même forme. On se contente souvent pour différencier une hernie inguinale d'une crurale, de tracer une ligne de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-postérieure et de dire hernie crurale, si la tumeur est au-dessous de cette ligne, hernie inguinale si elle est au-dessus. Ce n'est pas la tumeur, c'est le pédicule de celle-ci dont il faut voir les rapports avec cette ligne: ainsi on ne risquera pas de se tromper.

On suivra donc le pédicule jusqu'à son orifice, et, dans le cas qui nous occupe, on arrivera à l'orifice inguinal.

Enfin c'est par cet orifice que se réduira la hernie, sauf le cas d'étranglement.

3° *La hernie inguino-superficielle périnéale* constitue « une tumeur allongée qui, de l'ouverture inguinale, se porte au périnée où elle se termine en arrière de l'insertion de la poche scrotale. Cette tumeur constitue

un cylindre courbe à convexité antéro-inférieure et adhérente par sa concavité. Elle est divisée en deux lobes par une très légère dépression transversale. La partie supérieure à la dépression, s'étend au-dessus de l'anneau du grand oblique dans l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'à l'orifice supérieur du canal inguinal ; la partie inférieure ou périnéale est molle, pâteuse, indolente ; le testicule est englobé dans la tumeur » Goyrand (obs. XIV).

Pour résumer le diagnostic de ces hernies, disons avec le Professeur Berger : « Il suffit pour l'affirmer de constater qu'elle sort par l'anneau inguinal externe et que le doigt qui la refoule pénètre dans le trajet inguinal, où il sent l'impulsion communiquée par les viscères, dans les efforts. »



Traitement

Sauf les contr'indications communes à toutes les hernies (âge trop avancé, cachexies, diabète etc...), la *cure radicale* s'impose dans la hernie inguino-superficielle, comme dans toutes les hernies inguinales.

Incision, recherche du sac, sa dissection, sa ligature, réfection de la paroi en un ou deux plans, tels sont les temps de la cure radicale, telle qu'on la fera avec toutes les précautions antiseptiques désirables.

Le seul point intéressant est de savoir ce qu'on fera du testicule etcopié, tel qu'on le trouve dans la grande majorité des cas.

Faut-il le ménager quand on le peut, l'abaisser et le fixer dans le scrotum, ou le supprimer toujours ?

Küster, après l'avoir laissé en place chez un de ses malades (obs. IV) dit qu'à l'avenir il l'extirpera, qu'il est inutile à cause de sa situation qui l'expose à la pression, qu'il est un obstacle à l'occlusion de l'orifice inguinal, enfin qu'il est une gêne dans le port d'un bandage.

Il vaut mieux — semble-t-il — ne pas résoudre la question en principe, et comme toujours, en chirurgie, se laisser guider par les circonstances. Disons avec Lucas-Championnière que lorsque le testicule n'est pas descendu, qu'il n'a aucune tendance à descendre, les tractions ne permettant pas de l'abaisser ou si on n'y parvient qu'avec peine, en un mot quand le cordon est trop court, il faut sacrifier le testicule (à condition toutefois que la malformation ne soit pas bilatérale). C'est le cas qui se présente chez le malade que nous vîmes avec M. Arrou (Obs. IX).

Enfin, souvent, le testicule ectopié ne fonctionne pas en tant qu'organe de reproduction, fait qui à lui seul ne suffirait pas pour indiquer son ablation, à cause de son rôle de glande à sécrétion interne.

Par conséquent, lorsque la longueur du cordon le permettra, et lorsqu'on pourra lui créer une loge dans le scrotum, il sera tout à fait indiqué de conserver le testicule, en le fixant au fond des bourses.



Conclusions

La *hernie inguino-superficielle* décrite pour la première fois par Küster en 1887, se caractérise par ce fait, qu'après avoir franchi l'orifice antérieur du canal inguinal, elle se place superficiellement, immédiatement sous la peau.

On considère trois variétés de cette hernie, suivant le siège de la tumeur, *h. inguino-superficielle abdominale*, *h. ing. sup. crurale*, *h. ing. sup. périnéale*.

Il s'agit presque toujours d'une hernie congénitale, et le testicule — en ectopie dans la grande majorité des cas, est situé à l'intérieur du sac, en contact direct avec l'intestin.

L'obstacle qui fait qu'une hernie inguinale, au lieu de suivre le chemin habituel des hernies, devient inguino superficielle, est soit l'ectopie testiculaire, soit la perméabilité nulle ou insuffisante du scrotum.

Le diagnostic différentiel — toujours facile, doit être fait d'avec la hernie inguino-interstitielle (dans la

